

Terapia cognitivo-conductual grupal en madres deprimidas de niños con parálisis cerebral en rehabilitación

Gloria Georgina Cerda de la Torre,* Amelia Castellanos Valencia**

RESUMEN

Objetivo: Conocer la eficacia de terapia cognitivo-conductual grupal. **Diseño:** Estudio cuasiexperimental, no cegado, analítico. **Método:** Previa firma de consentimiento informado a madres de pacientes de 2 a 4 años de edad con parálisis cerebral severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente, se les evaluó estado de depresión con escala de Beck, se aplicó terapia cognitivo conductual grupal de 8 sesiones y se midió posterior a ella. Se analizó con estadístico t de Student y Wilcoxon. **Resultados:** Participaron 27 mamás, edad promedio 30 años (19-41), con síntomas depresivos en 92.6%, de ellas 22.2% tenían depresión severa, 51.8% moderada, 18.5% depresión leve y el 7.4% mínima, modificándose de manera significativa después del tratamiento, ya que sólo el 12% ($p < .001$) presentó algún síntoma de depresión. El 88% ($p < .001$) quedó con depresión mínima considerada normal, el 4% ($p < .001$) leve, moderada y severa cada una. **Conclusión:** La terapia cognitivo-conductual en grupo es altamente recomendable por su efectividad facilitando la utilización de recursos personales y sociales con la creación de nuevas redes de apoyo en las cuidadoras.

Palabras clave: Parálisis cerebral severa, depresión, terapia cognitivo-conductual grupal.

ABSTRACT

Objective: To know the effectiveness of cognitive behavioral group therapy. **Design:** Study quasi-experimental, unblinded, analytic. **Method:** With signature of informed consent to mothers of patients from 2 to 4 years old with severe cerebral palsy at Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente, it was evaluated their state of depression with Beck scale, and it was applied cognitive behavioral group therapy of 8 sessions and measured after it. It was used statistical analysis with Student's t and Wilcoxon. **Results:** Participated 27 mothers, average age 30 years (19-41), with depressive symptoms in 92.6%. The 22.2% had severe depression, 51.8% moderate, 18.5% slight depression and 7.4% minimal. It was modified in a significant way after the treatment as only 12% ($p < .001$) presented any symptom of depression. The 88% ($p < .001$) remained with minimal or normal depression and 4% ($p < .001$) slight, moderate and severe each one. **Conclusion:** The cognitive behavioral group therapy is highly recommended due to its effectiveness facilitating the utilization of social and personal resources with the creation of new support networks for the caregivers.

Key words: Severe cerebral palsy, depression, cognitive behavioral group therapy.

INTRODUCCIÓN

La parálisis cerebral es un desorden permanente, no progresivo del movimiento y la postura por lesión en el cerebro en desarrollo¹; ocupa el primer lugar de los problemas discapacitantes de la infancia con prevalencia de 3.1 por 1,000 nacidos en EUA. En un alto porcentaje la lesión es severa².

La discapacidad en un hijo es un acontecimiento que impacta a los integrantes de una familia y puede afectar todos los

aspectos del funcionamiento familiar³. Su llegada a la familia denota un dolor muy intenso, acompañado de decepción en los padres al enterarse de que tienen un hijo diferente al que idealizaron durante el desarrollo y embarazo³⁻⁹.

La depresión es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente y afecta la esfera afectiva¹⁰.

En México, la depresión ocupa el quinto lugar entre los trastornos neuropsiquiátricos¹¹. En su tratamiento se considera la psicoterapia de grupo para pacientes con depresión o con duelo patológico, en la que se compromete un tiempo y las personas se perciben recíprocamente, intercambian mensajes, se reconstruye la trama vincular que se ha destruido, dañado y sufrido pérdidas. Lo que distingue el tratamiento en grupo de otros métodos es el uso de la interacción como agente para el cambio, con la ayuda de un líder o guía calificado¹².

* Licenciada en Psicología y Trabajo Social, Maestra en Terapia Familiar.

** Pediatra, Maestría en Ciencias Médicas.

Recibido para publicación: mayo, 2011.

Aceptado para publicación: julio, 2011.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck para ser aplicada en la depresión¹³. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes adaptativas relacionadas con dicho diagnóstico. La activación conductual hace énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia activa para el paciente, es directiva, propone metas específicas, realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas¹⁴.

Aunque los modelos cognitivo y conductual de la depresión parten de supuestos diferentes para explicar el origen y mantenimiento del trastorno, se denomina terapia cognitivo-conductual (TCC) a la modalidad que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales¹⁴.

Beck realiza una clasificación de las manifestaciones en una dimensión somática-afectiva que comprende síntomas orgánicos: cambios en los hábitos de sueño y en el apetito, síntomas afectivos como llanto e irritabilidad. La dimensión cognitiva comprende síntomas de naturaleza psicológica y de autoconocimiento como la tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas y desvalorización. La dimensión cognitiva-afectiva comprende la tristeza, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización e irritabilidad. La dimensión somática comprende la pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, dificultad de concentración y cansancio o fatiga¹³.

MATERIAL Y MÉTODOS

En noviembre de 2010 en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente, con autorización de la Comisión de Investigación Institucional se realizó el estudio cuasi-experimental, ambispectivo, longitudinal, abierto, descriptivo y analítico, donde participaron madres de los pacientes con parálisis cerebral infantil severa de 2 a 4 años de edad, de la Clínica de Neuroterapia, turno matutino, previa firma de consentimiento informado; se les aplicó la escala para diagnóstico de depresión de Beck previa a terapia grupal y posterior a ella se volvió a evaluar. El escenario fue un salón ventilado e iluminado estando presente su psicóloga.

La escala de depresión de Beck consta de un cuestionario de 21 ítems sobre los síntomas de la depresión, cuya puntuación va de 0 a 63, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la gravedad de la depresión; se considera de 0-13 mínima o normal, 14-19 leve, 20-28 moderada y de 29-63 severa.

La intervención psicoterapéutica, desde un enfoque cognitivo-conductual, consistió en 8 sesiones de 120 minutos, una por semana, trabajando en la integración del grupo, cono-

cimiento de la depresión e identificación de manifestaciones individuales de la misma en diversos aspectos de su vida, reorganización de los esquemas y conductas disfuncionales, modificación de pensamientos negativos distorsionados, manejo de pérdidas, significados y encuentro con su hijo discapacitado, línea de la vida en la que el impacto de los sucesos acontecidos les ayudó a encontrar nuevas perspectivas, elaboración de un proyecto de vida con metas realistas, autoestima e identificación de fortalezas, sentido de vida y cierre.

El trabajo en cada sesión estuvo definido previamente, controlando al máximo las variables e intervenciones por el investigador; no así las variables extrañas a las que estuvieron expuestas las madres de pacientes con parálisis cerebral severa en el entorno donde se desarrollaron.

Se realizó la descripción de frecuencias para presentar las variables de esta investigación según la escala usada: numérica media y desviación estándar, ordinal mediana y percentiles. Se emplearon las pruebas de Wilcoxon de rangos asignados para comparar diferencias de variables ordinales o numéricas con sesgo y curtosis fuera de rangos, además se usó prueba de t de Student para analizar los promedios de depresión total antes y después del tratamiento.

RESULTADOS

En la investigación participaron 27 mamás, con edad promedio de 30 años (intervalo de 19 a 41), encontrando en el 92.6% algún síntoma de depresión; de ellas, 22.2% se encontraba con depresión severa, el 51.8% con depresión moderada, el 18.5% con depresión leve y el 7.4% con depresión mínima, modificándose de manera significativa dichos porcentajes después del tratamiento, ya que sólo 12% presentaron algún síntoma de depresión, quedando 88% de las madres con depresión mínima o normal, 4% con depresión leve, 4% moderada y 4% depresión severa (*Figura 1*).

En la dimensión cognitiva-afectiva los porcentajes más altos en la evaluación destacan: la tristeza con 92.6% que se modifica a 22.2%, la pérdida de placer de 92.6 a 18.5%, disconformidad con uno mismo y autocrítica de 81.5 a 14.8% y 26% respectivamente, el llanto de 96.3 a 29.6%, pérdida de interés de 88.9 a 18.5%; todos los síntomas tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

En la dimensión somática se encontraron síntomas como pérdida de energía, cambios en hábitos de sueño, cansancio o fatiga con 85.2%, los cuales disminuyeron a 37, 52 y 33.3% respectivamente; los cambios en el apetito fueron de 81.5 a 44.4% y dificultad de concentración de un 96.3 a 29.6%.

En la dimensión cognitiva destaca el pesimismo con un porcentaje del 81.5% modificándose a 11.1% y sentimientos de culpa de un 77.8 a un 18.5%.

Los síntomas que implican autoconocimiento y severidad de la depresión se encontraron en bajas proporciones como

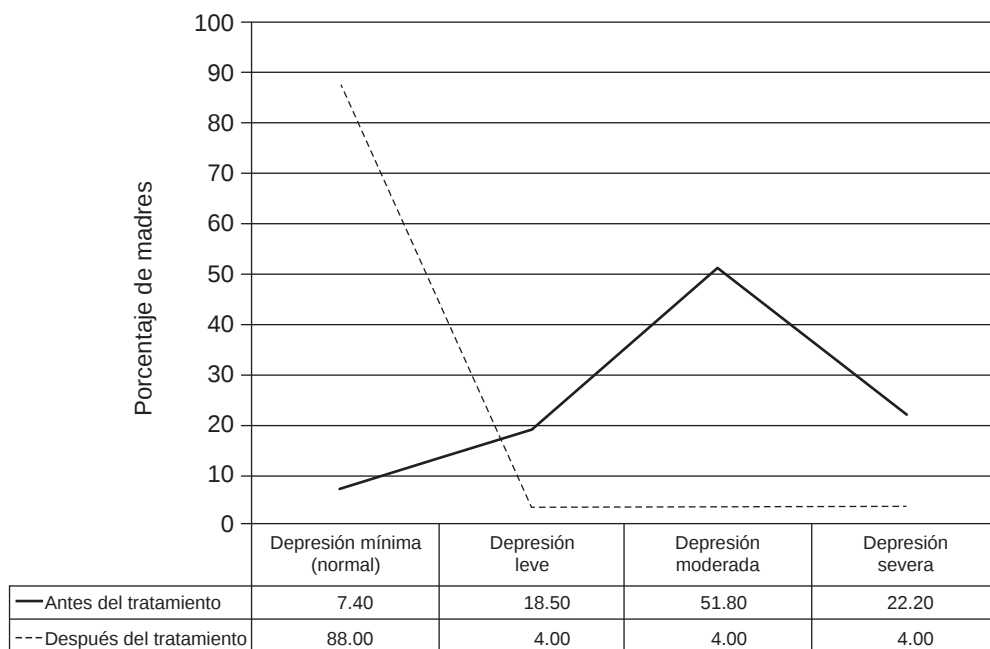


Figura 1. Respuesta del estado depresivo con tratamiento cognitivo conductual grupal ($p < .001$).

pensamientos o ideas suicidas y sentimientos de autocastigo que de un 33.3% casi desaparecieron a 3.7%. En la dimensión somática-afectiva destaca la irritabilidad de 74.1%, que se modificó a 14.8% (Cuadros 1 y 2).

DISCUSIÓN

Impacta la depresión moderada-severa de las madres, principales cuidadoras de pacientes con parálisis cerebral severa de reciente diagnóstico, presentándose en niveles aún más altos en mujeres víctimas de violencia¹⁵; podría estar relacionada con el proceso para aceptar la discapacidad de un hijo, donde la reacción inicial es la «fase de shock» en la que los padres sufren una conmoción y un bloqueo mostrándose psicológicamente desorientados, irracionales y confusos; ante esta situación presentan sentimientos de ansiedad, amenaza y culpa⁵, aunado a los cambios en la organización de actividades propias del proceso de rehabilitación y la atención médica que los menores requieren.

El impacto emocional en las madres ante el primer contacto con el diagnóstico de discapacidad severa del hijo se manifiesta como una crisis circunstancial o accidental que se caracteriza porque es imprevista, inesperada y de carácter urgente. La literatura señala que es un momento crítico y decisivo, donde los riesgos son altos y existe el peligro de un surgimiento de trastornos psíquicos como la depresión con la posibilidad de fortalecimiento¹⁶; esto se confirma en la investigación ya que se identificaron diversos síntomas de depresión en las madres con la oportunidad de tratamiento,

donde se les brinda la opción de superar la depresión y tener un crecimiento personal.

Finnie y Ortega, Torres, Garrido y Reyes consideran que la llegada de un bebé con discapacidad a la familia implica un dolor muy intenso y una gran decepción^{4,5}, con niveles elevados de tristeza y llanto, acompañado todo esto de un alto porcentaje de pesimismo, como consecuencia de tener un hijo diferente al que idealizaron durante el desarrollo del embarazo.

Se ha considerado que el rol femenino impuesto por la sociedad le reitera a la madre su función de cuidadora y responsable del niño con discapacidad; además, ella es la principal encargada de las interacciones y roles dentro de la familia, y que al ser absorbida por el cuidado del hijo con grandes limitaciones, le produce una profunda perturbación psicológica³; en este trabajo coincidimos en que las madres tienen vulnerabilidad para desarrollar un desequilibrio emocional importante, como lo encontramos en este estudio, ya que el grado de depresión que presentaron en su mayoría fue de moderada a severa; diferimos en que el acontecimiento condene a la madre, a pesar de una intervención temprana, a presentar una inestabilidad que persista durante largo tiempo y sea difícil aprender a enfrentar³; a través de la intervención relativamente corta (ocho sesiones) se logró modificar la depresión de manera considerable quedando después del tratamiento casi todas las madres con una depresión mínima considerada dentro de los límites de normalidad, favoreciendo el proceso de adaptación a la discapacidad; coincidiendo con Mendonca, Figueiredo y Di Ciero sobre la adaptación de las madres de niños con parálisis cerebral en el estado de

Cuadro 1. Síntomas depresivos antes y después del tratamiento

	N	Mediana antes	Mediana después	Diferencia	Sig. p
Tristeza	27	1.33	0.22	1.11	< .001
Pesimismo	27	1.11	0.11	1.00	< .001
Fracaso	27	0.78	0.22	0.56	0.013
Pérdida de placer	27	1.15	0.22	0.93	< .001
Sentimientos de culpa	27	1.00	0.19	0.81	< .0001
Sentimientos de castigo	27	0.56	0.11	0.44	0.046
Disconformidad con uno mismo	27	1.48	0.30	1.19	< .001
Autocrítica	27	1.52	0.41	1.11	< .001
Pensamientos o ideas suicidas	27	0.33	0.04	0.30	0.005
Llanto	27	1.93	0.48	1.44	< .001
Agitación	27	1.00	0.52	0.48	0.043
Pérdida de interés	27	1.26	0.22	1.04	< .001
Indecisión	27	1.07	0.30	0.78	0.001
Desvalorización	27	0.93	0.19	0.74	0.001
Pérdida de energía	27	1.22	0.44	0.78	0.001
Cambios en los hábitos del sueño	27	1.43	0.80	0.62	0.011
Irritabilidad	27	0.93	0.19	0.74	< .001
Cambios en el apetito	27	1.38	0.61	0.76	0.007
Dificultad de concentración	27	1.37	0.37	1.00	< .001
Cansancio o fatiga	27	1.22	0.33	0.89	< .001
Pérdida de interés en el sexo	27	0.93	0.33	0.59	0.003
Total	27	23.74	7.08	16.66	< .001

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Los síntomas somáticos fueron también favorecidos.

Cuadro 2. Síntomas depresivos antes y después del tratamiento

	N	Porcentaje	Porcentaje	Diferencia	Sig. p
Tristeza	27	92.60	22.20	70.40	< .001
Pesimismo	27	81.50	11.10	70.40	< .001
Fracaso	27	55.60	11.10	44.50	0.013
Pérdida de placer	27	92.60	18.50	74.10	< .001
Sentimientos de culpa	27	77.80	18.50	59.30	< .001
Sentimientos de castigo	27	33.30	3.70	29.60	0.046
Disconformidad con uno mismo	27	81.50	14.80	66.70	< .001
Autocrítica	27	81.50	26.00	55.50	< .001
Pensamientos o ideas suicidas	27	33.30	3.70	29.60	0.005
Llanto	27	96.30	29.60	66.70	< .001
Agitación	27	77.80	25.90	51.90	0.043
Pérdida de interés	27	88.90	18.50	70.40	< .001
Indecisión	27	74.10	22.20	51.90	0.001
Desvalorización	27	55.60	14.80	40.80	0.001
Pérdida de energía	27	85.20	37.00	48.20	0.001
Cambios en los hábitos del sueño	27	85.20	51.90	33.30	0.11
Irritabilidad	27	74.10	14.80	59.30	< .001
Cambios en el apetito	27	81.50	44.40	37.10	0.007
Dificultad de concentración	27	96.30	29.60	66.70	< .001
Cansancio o fatiga	27	85.20	33.30	51.90	< .001
Pérdida de interés en el sexo	27	66.70	25.90	40.80	0.003
Depresión total	27	92.60	12.00	80.60	< .001
Depresión mínima	27	7.40	88.00	-80.6	< .001
Depresión leve	27	18.50	4.00	14.50	< .001
Depresión moderada	27	51.80	4.00	47.80	< .001
Depresión severa	27	22.20	4.00	18.20	< .001

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Los síntomas somáticos fueron también favorecidos.

Ceará en donde las madres consiguieron vivenciar el proceso de adaptación a través del tiempo, presentando respuestas positivas¹⁷.

Limiñana y Patró explican que ante la llegada del hijo con discapacidad la madre vive constantemente con la culpa de tener un hijo con limitaciones, estando en juego su estabilidad emocional, donde se muestra desvirtuada su valía como persona, por la capacidad de ésta para poder gestar un hijo sano³; a través del estudio, ratificamos que las madres presentaron porcentajes altos de sentimientos de culpa, disconformidad consigo mismas, autocrítica y desvalorización, síntomas relacionados con la autoestima, además de otros problemas psicológicos.

Una investigación realizada en Turquía estudió los niveles de depresión y ansiedad en madres de niños con parálisis cerebral y relaciones con las limitaciones funcionales de sus niños. Los resultados indicaron que existe una relación entre los niveles de discapacidad funcional de los niños y la afectación psicológica en sus madres¹⁸. En esta investigación, todos los niños tenían parálisis cerebral severa y en las mamás se encontró entre los síntomas más frecuentes: tristeza, pérdida de placer, disconformidad con uno mismo, autocrítica, llanto, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios en hábitos de sueño, cansancio o fatiga, cambios en el apetito, dificultad de concentración, pesimismo, sentimientos de culpa e irritabilidad; sería interesante saber el grado de depresión en madres de niños con parálisis cerebral moderada, leve y si los síntomas coinciden.

Otro estudio realizado en Argentina señala que las familias que tienen un hijo con discapacidad constituyen una población en riesgo. Los conflictos están en función de las posibilidades de la familia de adaptarse o no a esta situación. Es necesario que los profesionales implicados en el tratamiento puedan sostenerlas y acompañarlas desde el momento del diagnóstico y en todas las situaciones de crisis que atraviesen a lo largo de su ciclo vital¹⁶, ya que si se ofrece un tratamiento efectivo como la terapia cognitivo-conductual en grupo se disminuyen los síntomas de depresión, favoreciendo el proceso de adaptación a la discapacidad, además de seguimiento del mismo.

La literatura indica que los sentimientos y reacciones ante la discapacidad de un niño influirán en la relación que se tenga entre los padres y los profesionales; por lo tanto, el vínculo será factible con la reorientación de forma positiva en el proceso que conlleva la transformación de aquellas emociones presentes⁵, corroborándose con los resultados favorables obtenidos después de aplicar el tratamiento.

La intervención ideal consta de 15 a 20 sesiones, realizadas una vez por semana, y en casos más graves se plantea realizarlas dos veces por semana durante un periodo de 4 ó 5 semanas; posteriormente se van disminuyendo hasta comprender un plazo de 10 a 15 semanas con una sesión

semanal¹⁹. En la investigación, el tratamiento fue más corto: sólo 8 sesiones semanales de 120 minutos cada una, con muy buenos resultados.

En el presente estudio se tuvo mucho cuidado en la planeación, estructuración y realización de cada una de las sesiones, ya que había mucha claridad en los objetivos a lograr en las mismas, buscando emplear las técnicas apropiadas, así como la secuencia e ilación entre las sesiones, favoreciendo un orden que permitiera recuperar el equilibrio emocional de las madres, según sus necesidades; la teoría habla de la importancia de aplicar un manual y/o programa que dirija las sesiones de intervención, que se cuente con la estructuración de las sesiones por parte del terapeuta, donde se permita abarcar diversos objetivos afines, encaminados al cambio de la calidad de pensamientos, conductas y emociones del paciente con depresión, haciendo uso de las técnicas apropiadas a la intervención²⁰.

CONCLUSIÓN

Estos resultados evidencian la necesidad de establecer estrategias efectivas tanto de prevención como de tratamiento que puedan responder al restablecimiento de la estabilidad emocional en las madres cuidadoras creando condiciones favorables al proceso de rehabilitación.

Este estudio permitió comprobar que la terapia cognitivo-conductual en grupo es altamente recomendable para el tratamiento de depresión en madres de niños con parálisis cerebral severa, ya que los cambios favorables encontrados después del tratamiento fueron muy significativos, disminuyendo en gran medida los síntomas de depresión; con la ventaja que representa el poder atender al mismo tiempo a un grupo de mamás, optimizando tiempo, disminuyendo costos y recursos, facilitando la creación de nuevas redes de apoyo en las cuidadoras.

REFERENCIAS

1. Bax MC. Terminology and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1964; 6: 295-307.
2. Dzienkowski R, Smith K, Dillow K, Yucha C. Cerebral palsy: a comprehensive review. *Nurse Pract* 1996; 21: 45-59.
3. Limiñana R, Patró R. Mujer y salud: Trauma y cronificación en madres de discapacitados. *Anales de Psicología. Redalyc Universidad de Murcia* 2004; 20(001): 47-54.
4. Finnie RN. *Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral*. México: Prensa Médica Mexicana, 1987.
5. Ortega P, Torres L, Garrido A, Reyes A. Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. *Psicología y Ciencia Social* 2006; 8(001): 21-32.
6. Ortega P, Garrido A, Salguero A. Expectativas y maneras de vivir la paternidad con niños discapacitados. *Psicología y Salud* 2005; 15(002): 263-269.
7. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging* 2003; 18(2): 250-267.

8. Goldbeck L, Meiches J. Quality of life in families of children with congenital heart disease. *Quality of Life Research* 2005; 14(8): 1915-1924.
9. Garza F. Depresión, angustia y bipolaridad. *Guía para Pacientes y Familiares*. México. Ed. Trillas. 2004: 250-267.
10. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. *Grafiques* 1995; 92: 323-327.
11. Frenk J, Lozano R, González B. *Economía y salud, propuesta para el avance del Sistema de Salud en México, Medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida a enfermedad, accidentes o violencias y a tiempo de vida llevado con discapacidad o AVISA*. Fundación Mexicana para la Salud, México 1994.
12. Zrebiec JF. Group therapy. In: Jacobson JL, Jacobson AM, eds. *Psychiatric secrets*. Philadelphia, Pa, Hanley & Belfus. 2001: 231-236.
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press, 1979.
14. Verdelli H, Mufson L, Lee L, Keith JA. Review of evidence-based psychotherapies for pediatric mood and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reviews* 2006; 2(3): 395-421.
15. Patró R, Corbalán F, Limiñana R. Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología* 2007; 23(3): 118-124.
16. Núñez B. La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Arch Argent Pediatr* 2003; 101(2): 133-142.
17. Mendonça K, Figueiredo ZM, Di Ciero M. Adaptación de las madres de niños con parálisis cerebral - Aplicación del modelo de Roy. *NURE Investigación* 2009; 40: 1-13.
18. Altindag A, Iscan S, Ackan S, Koksall M, Ercin. Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy. *Turk J Phys Med Rehab* 2007; 53: 22-4.
19. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer Bilbao 1983; 9: 1.
20. Caballo VE. *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. España, Siglo XXI 1998; 1: 1-80.

Dirección para correspondencia:
Gloria Georgina Cerda de la Torre
Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente.
Copal Núm. 4575,
Fracc. Arboledas del Sur, Guadalajara, Jalisco
México, 44980.
Tel. (33) 3134-2526, ext. 2638, 3331 34 25 44,
Fax: 3331 342525
E-mail: gloria-georgina@hotmail.com.mx